DISSERTATION

N° 155.

SUR

LA PÉRITONITE PUERPÉRALE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 1^er^. août 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR J.-B. HENROT.

Celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs. LA BRUYÈRE.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.
1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT, *Examinateur.*
Hygiène	ANDRAL, *Suppléant.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Examinateur.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL, *Président.* / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocque.	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc, *Suppléant.*
Breschet.	Maisonabe, *Examinateur.*
Cloquet (Hippolyte).	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille.
Dance.	Ratheau, *Examinateur.*
Devergie.	Richard.
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau.
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE,

HOMME PROBE ET INTÈGRE,

DE LA MEILLEURE ET DE LA PLUS TENDRE

DES MÈRES.

Ils furent simples, honnêtes, laborieux, et constamment aimés et estimés.

Témoignage de respects, de regrets éternels et de reconnaissance.

J.-B. HENROT.

DISSERTATION

SUR

LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

La péritonite puerpérale consiste dans l'inflammation du péritoine chez les femmes en couche.

Je crois donc à propos de faire précéder ce que j'ai à dire de cette inflammation, de quelques considérations sur l'état physiologique de l'organe qui en est le siége.

Le péritoine est une membrane séreuse très-mince, très-blanche, peu ou point sensible dans l'état naturel. C'est un vaste sac sans ouverture, en rapport avec lui-même par sa surface intérieure. Il revêt la surface interne des parois abdominales, se réfléchit sur la plupart des viscères qu'elles contiennnent, et forme, en se portant sur ces viscères, des replis, des ligamens d'une espèce particulière qui les assujettissent dans leur position. Son tissu se compose d'un assemblage de vaisseaux exhalans et absorbans, et de quelques filets nerveux très-déliés, provenant, en grande partie, du trisplanchnique.

La surface intérieure du péritoine est criblée d'orifices vasculeux extrêmement fins, chargés d'exhaler et d'absorber une rosée séreuse particulière, que les physiologistes considèrent comme indispensable aux mouvemens variés des viscères, en ce qu'elle agit en adoucissant les frottemens que les deux feuillets de cette membrane exercent l'un

sur l'autre. L'absorption s'y exécute avec beaucoup d'activité, et on en acquiert facilement la preuve par les expériences sur les animaux vivans; en effet, plusieurs verres d'eau versés dans la cavité abdominale d'un chien, sont en peu de temps absorbés et rendus par les urines.

Cette faculté si active d'exhalation, et d'absorption doit faire penser que le péritoine a d'autres usages que celui qui s'explique mécaniquement, d'envelopper et de lubrifier les différens viscères du bas-ventre. Identique dans sa structure, le péritoine semblerait devoir remplir partout les mêmes fonctions; cependant les grands replis, les épiploons, les mésentères paraissent appelés à des usages particuliers qu'on ne connaît point encore d'une manière positive.

La composition cellulaire du péritoine, le petit nombre de nerfs qui s'y ramifient, et par conséquent sa sensibilité obtuse, si facile à apprécier sur les animaux vivans, expliquent assez pourquoi, dans l'état physiologique, on peut piquer ou comprimer cette membrane sans y développer un sentiment douloureux.

Dans l'état pathologique, au contraire, elle est quelquefois douée d'une irritabilité extraordinaire, et devient le siége de douleurs atroces.

Les anatomistes divisent abstractivement le péritoine en trois portions, nommées, d'après leur position, *épigastrique*, *ombilicale* et *hypogastrique*. Cette distinction n'est point indifférente; car s'il arrive que l'inflammation péritonéale ne soit point générale et qu'elle soit bornée à une ou deux portions désignées, elle servira à spécifier l'endroit phlogosé.

Histoire de la péritonite puerpérale.

La péritonite puerpérale est une maladie terrible, en ce qu'elle a lieu sur des mères de famille, au moment même où leur existence est devenue plus intéressante et plus précieuse; en ce que son invasion est souvent brusque, violente et inattendue, et sa terminaison

promptement funeste. Les Anciens en ont traité sous le nom de *fièvre puerpérale*. Hippocrate en donne une description dans son livre *De morbis mulierum*, en fixant son siége sur l'utérus. Après lui, *Paul d'Égine*, *Albucasis*, *Mercatus*, *Roderic a Castro*, *Frédéric Hoffmann*, en ont donné des descriptions plus ou moins complètes. *Willis* en a publié une bonne histoire.

Cette maladie a été observée depuis par *Col de Villars* et *Fontaine*, à l'Hôtel-Dieu de Paris en 1746. Dans le même temps, *Antoine de Jussieu* en traitait de pareilles dans la capitale. *Pouteau* l'observa en 1750, dans l'Hôtel-Dieu de Lyon. Il en a donné la description dans ses mélanges de chirurgie.

On lit des observations semblables dans les ouvrages de *Peu*, *Puzos*, *Levret*, et de plusieurs autres.

Dans le siècle dernier, les médecins anglais s'en sont occupés particulièrement. En 1768, et dans les années suivantes, elle a régné épidémiquement à Londres et dans plusieurs contrées de l'Angleterre ; elle est décrite très au long dans les ouvrages des docteurs *Denman*, *Jonhstone*, *Millar*, *Manning*, *Home*, *Kirkland et Buttler*, et sur tout dans ceux de *White*, *Hulme* et *Leake*.

Il en a été donné, en 1728, une observation par *Chomel*, qui a entrevu le premier l'inflammation du péritoine, et qui, au rapport de M. *Mercier*, de Rochefort (Essai sur la fièvre puerpérale, Paris 1804), a peut être donné l'idée au docteur *Jonshtone* et au professeur *Walter* de mieux distinguer cette inflammation ; toujours est-il que ces auteurs ont fixé le siége de la fièvre puerpérale qu'ils décrivent sur le péritoine.

On peut encore citer parmi les auteurs qui ont fourni des observations de fièvre puerpérale, observations qui ont été consignées en 1777 dans les registres du *prima mensis* de la faculté de médecine de Paris ; on peut citer, dis-je, les médecins *Sigault*, *Solier*, *Doublet*, *Doulcet*, et *Delaroche*, médecin de Genève.

Si l'on compare les différentes descriptions qu'ils en donnent, on verra dans toutes, invasion subite, frisson, gonflement douloureux

du ventre, accompagné de fièvre dans les premiers jours de l'accouchement; partout, c'est une maladie très-dangereuse, très-vive, très-meurtrière, souvent épidémique; partout, le flux de ventre survient tôt ou tard. Presque constamment encore, on remarque la suppression des lochies ainsi que de la sécrétion laiteuse.

On reconnaîtra facilement dans ces symptômes, les caractères de la péritonite puerpérale.

M. *Pinel*, dans la classification et le rapprochement qu'il a faits des phlogoses des différentes membranes diaphanes, a préludé à la connaissance exacte du siége de cette maladie; mais c'est véritablement *Bichat* qui, dans son Traité des membranes et dans ses Leçons de pathologie, fixa les opinions, et fit connaître, par ses ingénieuses recherches, et la composition et le mode d'inflammation des membranes séreuses : il donna le premier, en France, une histoire de la péritonite.

Depuis lors, cette phlegmasie, étudiée et observée par les meilleurs médecins de nos jours, a été reconnue être essentiellement distincte de celle des viscères abdominaux; et M. *Pinel* qui, dans la première édition de son excellente Nosographie, avait désigné cette affection sous le nom d'*entérite aiguë à la suite des couches*, a depuis, adopté cette distinction avec cette candeur et cet amour ardent de la vérité, qui sont l'apanage d'un grand talent et d'un noble caractère.

La péritonite puerpérale est plus fréquente que la péritonite proprement dite.

Les causes capables de la déterminer, doivent être distinguées en *prédisposantes* et en *occasionnelles*.

On compte parmi les premières, l'état phlétorique ou sanguin de la femme, sa sensibilité générale, et principalement celle du système utérin, qui ont été plus ou moins exaltés pendant le temps de la grossesse; l'habitation dans des lieux froids et humides; des bains trop chauds; l'abus des liqueurs alcoholiques; la trop grande distension des parois du ventre, et par conséquent du péritoine, des hémorrhoïdes douloureuses, les phlegmasies chroniques du rectum, l'ulcération

de la membrane utéro-vaginale ; des injections trop souvent répetées et stimulantes ; des plaies au ventre, l'existence d'une hernie susceptible de s'étrangler ; l'usage des corsets pendant la grossesse.

La seconde série, ou celle des causes occasionnelles, comprend la compression et les frottemens qu'éprouvent les viscères abdominaux pendant l'accouchement, surtout lorsqu'il est long, pénible, qu'il nécessite de grands efforts ; l'usage de la main ou des instrumens, pour sa terminaison ; la lésion de l'utérus et des parties externes de la génération pendant un travail laborieux, des manœuvres faites avec peu de ménagement.

Elle comprend encore les alternatives de chaud et de froid, la surcharge des couvertures, le défaut de propreté, les miasmes et la contagion ; les erreurs du régime, et entr'autres, l'usage prématuré du vin et l'excès des alimens ; l'abus des sudorifiques ; la présence des caillots de sang dans la cavité utérine, leur séjour dans le vagin, la rétention des lochies et leur décomposition putride, l'injection de liqueurs astringentes pour s'opposer à cet inconvénient ; l'emploi de fomentations analogues sur le ventre, la vulve, les cuisses.

Plusieurs médecins ont observé, et *Doublet* en particulier, que la constitution de l'air qui disposait le plus à la production de cette maladie, était la constitution humide. L'action du froid sur les nouvelles accouchées n'est pas moins évidente ; et *Delaroche*, que j'ai déjà cité, a prouvé, par les registres de mortalité de Genève, qu'il était toujours mort plus de femmes en couche en hiver qu'en été ; aussi a-t-on observé que les pays froids et humides sont ceux où les suites de couches sont les plus fâcheuses, tandis qu'on les connaît à peine dans les pays chauds. Il meurt plus de femmes anglaises en couche que de femmes françaises ; les couches sont en général très-heureuses en Italie et en Espagne. *Savary* a eu l'occasion de remarquer que la fièvre dite *puerpérale* est inconnue en Égypte.

Après l'accouchement, il existe chez la femme une somme de susceptibilité plus grande ; elle devient plus impressionnable. Tout agit vivement sur elle ; la plus légère cause, le plus petit mouvement,

peuvent lui faire éprouver les plus violentes commotions. Dans cet état, on conçoit qu'une foule de causes qui, avant l'accouchement agissaient faiblement, peuvent être considérées, après l'exécution de cette fonction, comme très-déterminantes : c'est alors que les affections morales deviennent cause déterminante de péritonite puerpérale.

J'ai recueilli dans ma pratique, un exemple bien remarquable de l'influence des affections morales sur les nouvelles accouchées.

Une femme, âgée de trente-six ans, ayant déjà eu plusieurs accouchemens heureux, en eut un nouveau dans l'été de 1824. Après deux heures seulement de douleurs, elle accoucha seule d'un enfant bien portant; la délivrance s'exécuta aussi très-facilement. Tout se passa on ne peut mieux pendant les quatre premiers jours; les lochies s'écoulaient aussi abondamment que de coutume; la révolution laiteuse s'était opérée, et les seins étaient gorgés de lait que l'enfant prenait très-bien. Le cinquième jour, cette femme étant levée et donnant le sein à son enfant, apprend une nouvelle désagréable; elle en est saisie et comme suffoquée. Deux heures après, elle se sent du malaise, et demande à se coucher; elle est prise de frissons. Le lendemain, les lochies étaient supprimées, la sécrétion du lait avait diminué; le pouls était petit, fréquent et serré; le ventre était douloureux, il se ballonna bientôt. Ces symptômes s'accompagnaient de nausées, de vomissement, de suppression totale de la sécrétion laiteuse; le délire et la diarrhée survinrent, et la malade mourut le dixième jour de l'accouchement, le cinquième de la péritonite puerpérale.

Cette maladie peut s'annoncer sous une forme plus ou moins aiguë; la plupart du temps, elle se déclare d'une manière foudroyante. Son invasion a lieu plus tôt ou plus tard, quelquefois après la délivrance; le plus souvent, du deuxième au quatrième jour, au moment où la fièvre de lait doit survenir, d'autres fois après sa terminaison, rarement après les deux premières semaines. Il y a des exemples d'une invasion beaucoup plus tardive; et M. *Pinel* a cité une nourrice qui en a été atteinte le treizième mois de son accouchement. Il y a

aussi des exemples, et j'en ai remarqué, de l'invasion de cette maladie pendant le travail de l'accouchement.

Il est rare que l'inflammation ne se transmette point à toute l'étendue du péritoine ; cependant elle peut se borner à une certaine portion de cette membrane, n'affecter, par exemple, que la portion hypogastrique : dans tous les cas, elle commence par cette région.

En effet, il est de remarque, que les femmes nouvellement accouchées, et chez lesquelles on observe l'inflammation du péritoine, présentent une phlogose plus considérable vers le bassin que dans les autres points de cette membrane ; que lorsque la femme a succombé sous l'influence d'une péritonite ancienne, les fausses membranes y sont plus abondantes, les adhérences communément plus fortes, plus consolidées ; enfin que la maladie paraît, pour ainsi dire, plus vieille dans cette région.

Symptômes particuliers ou caractéristiques.

Lorsque la maladie est déclarée, voici les symptômes qui lui sont propres : la femme éprouve d'abord des horripilations vagues, ou un frisson général plus ou moins considérable, continu ou revenant par intervalle durant les deux ou trois premiers jours, et accompagné de malaise, de tremblement et d'engourdissement dans les membres. Il est suivi d'une chaleur plus ou moins forte, et de douleurs abdominales plus ou moins aiguës, locales ou générales, fixes ou vagues, brusques ou progressives. Ces douleurs arrachent quelquefois des cris à la malade, et la forcent de se tenir couchée sur le dos, la position latérale ou sur les côtés étant extrêmement pénible et quelquefois impossible. Le ventre, qui est tendu et météorisé, devient aussi volumineux que dans les derniers temps de la grossesse ; il ne peut supporter ni le poids des couvertures, ni l'application d'aucun topique.

La respiration est courte, fréquente, laborieuse, entièrement costale ; l'inspiration surtout plus douloureuse qu'à l'ordinaire, par la

crainte qu'a la malade de contracter le diaphragme, dont le refoulement en bas augmente considérablement les douleurs abdominales. Il survient encore des hoquets, des nausées, des vomissemens de matière jaune ou verte ; le pouls est dur, serré, fréquent ; il y a d'abord constipation, mais ensuite le dévoiement se manifeste ; il est séreux et fétide. Les lochies sont supprimées, ou moins abondantes et également fétides ; les seins sont affaissés par le défaut de sécrétion du lait, ou la disparition de celui qu'ils contenaient déjà, si la sécrétion avait eu le temps de s'établir avant le développement de la maladie. Il est donc bien évident que la cessation de ces deux évacuations est l'effet et non la cause de la maladie, comme on l'a cru pendant longtemps.

Mercurialis, qui a été un des premiers à admettre l'opinion que le lait était la cause de la fièvre puerpérale ; *Doulcet* et *Doublet*, qui depuis ont propagé cette même opinion, ne faisaient point attention que les femmes qui allaitent ne sont point exemptes de cette fièvre, que le lait n'est pas toujours supprimé. Il est d'ailleurs bien prouvé que la matière épanchée, à laquelle ils donnaient le nom de *lait*, n'est autre chose que de la sérosité purulente, et que l'on en rencontre de semblable à la suite des péritonites ordinaires. L'analyse chimique de cette matière, faite par M. le professeur *Dupuytren* et les docteurs *Bayle*, *Gase* et *Schwilgué*, ne laisse aucun doute à cet égard.

Cette circonstance, que la sécrétion du lait ne s'établit point ou disparaît chez les femmes atteintes de péritonite puerpérale, a fortifié les médecins dont j'ai parlé, dans l'opinion que cette maladie était purement l'effet d'une métastase laiteuse sur le ventre. Mais les lois connues de la sensibilité ne rendent-elles pas raison de l'absence du lait aux mamelles dans le cas dont il s'agit? Et n'est-ce point le propre de toute irritation déterminée sur un organe, de devenir pour lui une source de sensibilité plus grande, qui diminuera d'autant la somme de sensibilité des autres, et pourra suspendre, par ce moyen, leurs fonctions? C'est ainsi que les seins seront privés de la faculté

de sécréter, par le défaut d'irritation qui se manifeste sur eux, à l'occasion de l'action vitale augmentée du péritoine ; c'est ainsi que d'après la même loi, les lochies et les autres excrétions pourront se supprimer, comme on voit la dessication des ulcères, s'opérer par la suppression de l'écoulement dans les affections de ce genre.

Une nouvelle preuve que les médecins dont je parle étaient dans l'erreur, c'est qu'ils croyaient que le lait existe tout formé dans le sang, même avant l'accouchement. Le sang contient bien les matériaux du lait comme ceux de toutes les sécrétions; mais le produit de ces différentes sécrétions ne peut être obtenu que par les organes qui sont spécialement affectés à cela. Ainsi, le lait ne peut être sécrété que par les mamelles ; si la sécrétion y est arrêtée, il n'existe point. et ne peut occasionner les accidens qu'on lui attribue. Dans la supposition où il existerait tout formé dans le sang, il ne serait point encore susceptible d'occasionner ces accidens ; car M. *Gasc* a expérimenté la transfusion de ce liquide dans l'économie animale d'un chien, qui n'en fut point affecté.

Les symptômes qui achèvent de peindre la cruelle maladie que je décris, sont : une peau sèche et chaude, la face pâle, abattue et presque toujours grippée ; la tête est plus ou moins douloureuse. L'intensité de cette maladie donne quelquefois lieu à des transports cérébraux. La langue est humide, muqueuse, jaunâtre, quelquefois sèche; les urines n'offrent pas constamment quelque chose de remarquable; elles sont parfois moins abondantes et rouges, et excitent une douleur violente lors de leur émission.

Symptômes généraux ou sympathiques.

Il n'est guère de maladie qui excite plus de phénomènes sympathiques que celle-ci. Je vais en détailler les principaux, dont quelques-uns se trouvent déjà compris dans l'ordre des symptômes que je viens d'établir. Ce me semble être une méthode analytique propre à éclairer davantage les coïncidences et les complications, quelque-

fois fort obscures qui surviennent, et qui pourraient donner le change sur la nature du traitement.

L'un de ces phénomènes le plus saillant se passe sur l'estomac ; il consiste dans des nausées et le vomissement, quelquefois très-douloureux, d'une matière de couleur verte et porracée.

Le péritoine enflammé étant en contact avec la plupart des organes du bas-ventre, leur communique une excitation extraordinaire ; cette excitation modifie l'estomac, et peut l'irriter plus ou moins: cela peut même aller jusqu'à l'inflammation de cet organe. Dans ce cas, il y aurait soif, céphalalgie susorbitaire bien prononcée ; la douleur abdominale changerait de caractère ; d'aiguë, de bien tranchée qu'elle était, elle ne se réveillerait plus que par intervalle, et semblerait se perdre dans les douleurs contusives générales que produit la gastrite.

Que la phlogose se propage dans le duodénum, sur le conduit cholédoque, sur le foie, et on aura des symptômes d'inflammation intestinale, de jaunisse et de la fièvre bilieuse des auteurs.

On sent que cette modification que le péritoine enflammé imprime à l'estomac, trace la marche à suivre pour la juste appréciation de la maladie et l'application du traitement.

Quand la péritonite puerpérale est légère, elle n'a pas de correspondance sympathique bien étroite avec le cerveau, et les facultés intellectuelles ne sont troublées que faiblement; mais il y aura inquiétude, tristesse. Si la péritonite devient grave, la surexcitation de cet organe sera marquée par la douleur, l'assoupissement, l'insomnie, des vertiges, un délire triste et sombre.

Dans quelque cas, cette surexcitation est tellement prononcée, les douleurs de la tête tellement aiguës, qu'elles pourraient faire croire à une inflammation consécutive de la séreuse cérébrale. Je me rappelle une observation clinique où la nouvelle accouchée, ayant les principaux symptômes de la péritonite puerpérale, était en même temps accablée d'une céphalalgie violente et insupportable ; toute l'attention de la malade, toute l'action vitale de son économie pa-

raissaient concentrées sur la tête. Une saignée fit cesser complètement cette céphalalgie. Les lochies supprimées, reparurent, ainsi que la sécrétion du lait, et la malade fut guérie au bout de quelques jours.

A la face, il y a une contraction des muscles qui produit les rides qui sillonnent le front, les sourcils, le nez, dont les ailes se relèvent. Cette expression de la physionomie n'est que la traduction des désordres intérieurs dont l'influence s'est d'abord fait sentir dans le cerveau. Les convulsions, les soubresauts des tendons qui ont quelquefois lieu, arrivent de la même manière, et forment alors la complication dite *ataxique*.

La sympathie ou modification imprimée aux poumons par l'inflammation du péritoine, s'explique presque mécaniquement. D'abord les mouvemens du diaphragme, très-gênés dans une péritonite légère, deviennent impossibles dans une péritonite intense. La respiration ne peut plus se faire de ce côté sans la plus grande difficulté; les muscles costaux seuls peuvent agir : aussi voit-on la malade rechercher une position élevée, respirer péniblement et craindre tellement la douleur, que cette crainte l'empêche d'admettre à la fois beaucoup d'air dans la poitrine, dont les mouvemens sont alors précipités; mais comme ces mouvemens ne suffisent pas pour l'hématose, la malade est obligée de faire de temps en temps de courtes inspirations qui rendent sa respiration interrompue et suspirieuse. Dans le cas d'épanchement, la dyspnée est toujours en raison de l'accumulation des fluides, et augmente dans la position horizontale. Si l'inflammation gagne la voûte du diaphragme, il se contracte irrégulièrement, et on observe des hoquets, une difficulté extrême de respirer, le rire sardonique, l'anxiété et la syncope, tous signes de la *paraphrénésie* des auteurs.

La position, l'étendue, l'identité de structure du péritoine avec la plèvre, peut faire que celle-ci s'enflamme consécutivement à l'autre, et que, par suite, le parenchyme pulmonaire lui-même soit entrepris.

Les sécrétions et les excrétions éprouvent un changement bien

prononcé par l'effet de la péritonite puerpérale. La suspension de la sécrétion du lait, et la suspension des lochies y sont surtout manifestes; et sans que cette circonstance forme le symptôme pathognomonique de cette maladie, on peut assurer au moins qu'elle a la plus grande influence sur sa marche et sur sa terminaison.

L'excrétion des larmes est quelquefois activée pendant la péritonite puerpérale; mais ce n'est alors qu'un phénomène d'expression arraché par la douleur.

La formation ou l'excrétion de l'urine est souvent dérangée; ce fluide est rouge, clair, sédimenteux ou non, plus ou moins abondant.

L'excrétion des matières fécales est interrompue pendant plus ou moins de temps, par la suspension du mouvement des intestins, occasionnée par la douleur. De cet amas arrêté des matières fécales, résulte le dégagement de gaz fétides, et le météorisme, qui contribue beaucoup au gonflement du ventre; mais si l'inflammation péritonéale irrite sympathiquement la muqueuse du gros instestin, la constipation cesse, et la diarrhée survient.

Dans la péritonite puerpérale non compliquée, le pouls est ordinairement petit, serré et accéléré. Le mal devient-il violent? les pulsations se rapprochent et se précipitent au point de ne pouvoir plus les compter. Dans le cas où l'inflammation gagne le tissu cellulaire sous-séreux, si elle envahit un parenchyme tel que l'utérus, le poumon, de petit et serré qu'il était, le pouls devient large, plein et moins fréquent; quelquefois il devient dur et développé, surtout chez les femmes pléthoriques et douées d'un tempérament sanguin. Dans ce cas, la modification imprimée au cœur est manifeste; c'est aussi alors qu'on aura affaire à une péritonite puerpérale éminemment inflammatoire.

Marche et terminaison de la péritonite puerpérale.

Elle parcourt en général ses périodes avec beaucoup de rapidité; sa durée est ordinairement de cinq à dix jours; elle peut aller au-delà du quinzième et du vingtième, et passer à l'état chronique. Quelques observations, tirées de ma pratique particulière, feront connaître les nuances diverses qu'elle peut affecter dans sa marche, et les différentes terminaisons dont elle est susceptible.

Mademoiselle ....., âgée de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, avait eu une grossesse heureuse, et contrariée seulement par une toux catarrhale, qu'elle eut pendant les deux derniers mois de la gestation, et qu'elle négligea. Le 8 janvier de cette année, elle fut prise des douleurs de l'enfantement. Ces douleurs n'étant ni fortes, ni expulsives, elle fut saignée le lendemain, et n'accoucha que le troisième jour, d'une manière heureuse et naturelle.

Le premier jour de l'accouchement, il n'y a point de fièvre, point de douleurs; il n'existe que de l'enrouement et un mal de gorge, qui peuvent être considérés comme le résultat des cris prolongés qu'a poussés la malade.

Le second jour, l'enrouement et le mal de gorge continuent ainsi que la toux, qui n'a point quitté depuis l'accouchement. La fièvre et des douleurs de ventre fréquentes se déclarent. L'utérus forme une tumeur assez volumineuse à la région hypogastrique, où il existe une sensibilité extrême. Les lochies diminuent. On applique des fomentations émollientes sur le ventre, et on pratique une saignée.

Le troisième jour, continuation de la fièvre; suppression presque complète des lochies; ballonnement du ventre, douleurs fréquentes de cette région, léger frisson, diarrhée. Point de vomissement ni de mal de tête. Oppression. On applique seize sangsues à la vulve; on fait prendre un bain tiède; on continue les fomentations émollientes. Les douleurs diminuent beaucoup.

Le quatrième jour, le ventre est toujours tendu, mais les douleurs

y ont cessé complètement, après un lavement pris le matin avec l'eau de graine de lin et deux têtes de pavots. Les lochies vont peu; le lait, quoique apparent dans les seins, ne les emplit point. La malade tousse encore de temps en temps, et se trouve toujours très-oppressée. La peau est brûlante, et la fièvre plus forte; les urines sont rares et les selles nulles dans la journée. (On pratique une saignée.)

Le cinquième jour, la fièvre continue, le pouls est moins fort et plus fréquent que la veille; la peau toujours chaude; les urines plus abondantes ; le ballonnement est toujours le même; la sécrétion du lait n'a point lieu, et les lochies sont supprimées. Il y a constipation, point de mal de tête. Application de sinapismes et de vésicatoires sur les membres inférieurs. Vers le soir l'oppression augmente, le pouls devient plus serré et plus fréquent, il survient un léger délire. Ces symptômes fâcheux augmentent dans la nuit, et la malade meurt le lendemain, à deux heures de l'après-midi, le sixième jour de l'accouchement, et le cinquième de la péritonite puerpérale.

L'autopsie n'a pu être faite; mais il est vraisemblable que la gangrène a terminé cette cruelle et courte maladie.

Cette observation, ainsi que celle que j'ai déjà rapportée, montre la rapidité avec laquelle les accidens marchent dans certains cas.

L'observation suivante donnera l'exemple d'une marche rapide, suivie de résolution.

Madame... ., âgée de vingt-quatre ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant eu une grossesse heureuse, bien qu'accompagnée des accidens qui en sont si fréquemment inséparables, est prise des douleurs de l'enfantement, le 16 juin 1827. Les douleurs paraissant légères, je ne pratiquai le toucher que le 17, et je ne reconnus aucune dilatation au col. Les douleurs portaient surtout dans les régions lombaires. Le pouls était fébrile, et il y avait céphalalgie. Je fis une saignée, à la suite de laquelle s'apaisèrent les fausses douleurs qui existaient. Le sang se trouva recouvert d'une couenne inflammatoire peu épaisse. Le 18 se passa sans douleur. Dans la nuit, elles recommencèrent avec plus de vivacité. Le 19, la dilatation s'opérait

lentement, la malade prit un bain. Vers midi, la rupture des membranes s'opéra, et le toucher me fit reconnaître la face de l'enfant. L'accouchement se termina promptement par la version, et le placenta suivit de près et sans difficulté. Les lochies eurent un écoulement ordinaire jusqu'au lendemain, deuxième jour de l'accouchement. Alors se développèrent des douleurs fréquentes et très-aiguës dans le bas-ventre, surtout au côté droit de la région hypogastrique, où l'utérus formait un globe bien marqué. La fièvre et le mal de tête, qui existaient auparavant, n'avaient pas discontinué.

Le troisième jour, les douleurs continuent malgré des fomentations émollientes et légèrement calmantes. Les lochies diminuent le soir ; il y a exacerbation et frisson ; les urines sont naturelles. (Application de vingt sangsues sur la région hypogastrique, siège des douleurs.) La nuit du troisième au quatrième a été mauvaise, quoique les douleurs aient un peu diminué ; la fièvre et les autres symptômes sont les mêmes ; les lochies se suppriment entièrement, à l'exception de quelques eaux rousses.

Le quatrième jour, le ventre se ballonne considérablement ; les seins n'exécutent aucune sécrétion laiteuse : on y exerce la succion toutes les trois heures ; la malade prend un bain. Au soir, exacerbation nouvelle, frisson, vomissemens bilieux. (Application de quinze sangsues à la vulve.) Dans la nuit, les douleurs, qui avaient diminué sensiblement après l'effet des sangsues, reparaissent ; le ventre est toujours plus tendu : de légers picottemens se font sentir sans aucun gonflement dans les seins.

Le cinquième jour, au matin, le pouls est dur et serré ; il y a oppression, malaise, céphalalgie ; le ventre est très-ballonné ; les urines sont devenues rouges, la peau est sèche. (Application de vingt nouvelles sangsues sur le ventre.) Quelque temps après, vomissement bilieux considérable avec un ver lombric. Bain dans l'après-midi ; fomentations émollientes, quoiqu'elles soient incommodes sur le ventre : le soir, légère rémission. Dans la nuit, trois selles bilieuses, diminution

des douleurs et du gonflement du ventre; réapparition des lochies avec quelques caillots noirâtres.

Le sixième, au matin, les seins commencent à s'engorger; la malade a un peu dormi; elle souffre peu, le ventre tombe, le pouls est moins serré; il y a rémission de tous les accidens : la nuit se passe avec peu de sommeil et peu de fièvre.

Le septième jour, les lochies continuent, les selles sont toujours bilieuses, les urines un peu colorées, les douleurs nulles : la malade se trouve bien.

Le huitième jour, le lait coulait par les seins : il n'existait plus que très-peu de sensibilité et de gonflement au ventre; des douleurs légères reparurent seulement pendant trois jours, avec une diarrhée toujours bilieuse.

Le quinzième jour, la convalescence était parfaite.

Dans ce cas ci, le soulagement, survenu immédiatement après quelques évacuations bilieuses, ne pourrait-il pas servir l'opinion des partisans des vomitifs et des purgatifs dans le traitement de la maladie dont je m'occupe? Je ne le pense pas : l'exemple suivant corroborera bien plutôt, j'espère, l'efficacité de la méthode antiphlogistique.

Madame ....., agée de quarante ans, d'une constitution robuste, eut un accouchement extrêmement long et laborieux. Deux heures seulement après cet accouchement, elle fut prise de vomissemens d'une matière verte, et de la suppression des lochies, ainsi que de frissons bien marqués. Le vomissement se répéta plus de trente fois jusqu'au lendemain, jour où survinrent des douleurs et le gonflement considérable de tout le ventre. Le pouls était dur, serré, fréquent; l'oppression considérable. Tous ces symptômes persistèrent pendant six jours avec le hoquet, et cédèrent à d'abondantes saignées opérées promptement par les sangsues, tant sur la vulve que sur le ventre. La résolution de cette péritonite puerpérale, la plus brusque, la plus violente que j'aie vue, s'opéra dans les vingt premiers jours.

La quatrième et dernière observation que je vais donner, fournira

l'exemple d'une marche beaucoup moins rapide que celles des précédentes et d'une terminaison par suppuration.

Madame ....., âgée de quarante-deux ans, d'une constitution délicate, accoucha le 29 octobre 1827, pour la neuvième fois, de deux enfans. Elle eut une perte : le lendemain, elle était d'une faiblesse extrême ; le pouls était fréquent, et l'écoulement des lochies régulier.

Le troisième jour, la sécrétion de lait s'établit parfaitement.

Le quatrième jour, les lochies ne furent plus colorées ; le bas-ventre était très-douloureux ; l'utérus formait, à la région hypogastrique et à droite, une tumeur bien arrondie. Vers dix heures du matin, parurent des frissons et la fièvre ; le pouls restait on ne peut plus petit et fréquent, les urines abondantes et naturelles.

Le cinquième jour, les lochies sont peu abondantes et d'une fétidité très-grande ; le frisson se fait encore sentir ; à dix heures, la sécrétion laiteuse continue : il y a constipation et des douleurs lombaires.

Les sixième, septième et huitième jours, même état ; frisson tous les jours à dix heures du matin, sécheresse de la peau, petitesse et fréquence du pouls ; tension douloureuse de toute la région hypogastrique ; urines naturelles, continuation de la sécrétion du lait, cessation presque complète des lochies ; peu de sommeil.

Le neuvième jour, suppression totale des lochies, douleurs de ventre insupportables ; délire vague pendant la nuit.

Le dixième jour, continuation du frisson le matin ; diarrhée colliquative. (Sept à huit selles avec coliques.) Le ventre se météorise ; diminution des douleurs et de la diarrhée après un lavement calmant.

Le onzième jour, réapparition des lochies, moins fétides et d'un sang bien coloré ; urines moins abondantes : rémission le matin, point de frisson ; légère moiteur à la peau vers le soir.

Le douzième jour, ballonnement extrême, surtout à la région épigastrique, qui fait saillie ; l'estomac est rempli de gaz, que l'on chasse en appuyant sur cette région, où la douleur et la sensibilité sont moin-

dres : il y a oppression, rapports fréquens, difficultés pour boire ; il y a en outre constipation et diminution des lochies. Vers quatre heures du soir, vomissement d'une bile de couleur verte porracée ; altération de la face, hoquet de temps à autre, assoupissement, délire vague, pouls plus fréquent et plus petit que de coutume ; point de céphalalgie depuis le commencement de la maladie.

Le treizième jour, deux vomissemens de même nature que le précédent ont lieu, l'un à quatre et l'autre à sept heures du matin.

Un peu moins de ballonnement de la région épigastrique, moins d'oppression. A midi, diarrhée bilieuse avec coliques. Il y a jusqu'à huit heures du soir sept évacuations. Les lochies ont été très-abondantes, les urines ordinaires. Des rapports fréquens et le hoquet continuent. Dans la soirée, l'oppression se renouvelle ; la malade est d'une grande faiblesse ; elle se plaint que le ventre est plus douloureux que les deux jours précédens où elle était constamment assoupie. Le pouls est toujours plus petit.

Le quatorzième, à sept heures du matin, vomissement de deux pintes d'une bile verte foncée, hoquet fréquent ; douleurs de ventre, frissons à dix heures, difficulté pour boire, une selle après un lavement, lochies peu teintes.

Le quinzième, la fièvre est régulière sans frisson. La malade reste seize heures sans uriner. Le hoquet est presque continuel. Après avoir uriné le soir, la région hypogastrique est beaucoup moins ballonnée. Il y a quelques nausées. Dans la nuit, il y a du calme et cinq heures de sommeil.

Le seizième, la région ombilicale est aussi moins tendue ; il y a moins de douleur que précédemment, mais la région épigastrique reste dans le même état de tension ; la figure de la malade exprime moins de douleur ; les urines sont moins colorées ; les nausées et le hoquet sont plus rares.

Le dix-septième, diarrhée légère, trois selles, dégoût prononcé pour les boissons, rapports fréquens, fièvre continue sans redoublement marqué.

Le dix-huitième, la nuit a été bonne, le pouls est moins fréquent, les urines sont naturelles, les lochies presque éteintes. On sent, à travers les parois du ventre, les circonvolutions des intestins, qui sont surtout appréciables entre le nombril et l'appendice xiphoïde. Les douleurs de ventre et les nausées ont cessé. Les rapports mêmes diminuent beaucoup. La malade, qui avait une répugnance marquée pour toutes les boissons, prend facilement une simple tisane de réglisse et de chiendent. Il existe une escarrhe gangréneuse au sacrum qui est en suppuration.

Le dix-neuvième, les urines deviennent rares, le délire reparaît; il n'y a plus de sommeil, la langue est sèche, le pouls plus petit et plus fréquent.

Le vingtième, de nouvelles douleurs se font ressentir, le délire et l'agitation sont continuels, le pouls toujours plus petit.

Le vingt-unième jour, il y a constipation, sécheresse extrême à la langue, la face est altérée et hippocratique, le pouls vermiculaire. La mort arrive à neuf heures du soir.

L'autopsie a fait voir dans l'abdomen, l'épanchement d'une grande quantité d'un liquide purulent, jaunâtre, le péritoine rouge et plus épais qu'il ne devait être, surtout à droite, une grande partie d'intestins réunis par des concrétions albumineuses. On voit que quoique la sécrétion laiteuse et les lochies aient continué, la maladie n'en a pas moins marché vers la suppuration, par laquelle elle s'est terminée. Aucune évacuation sanguine n'a été pratiquée, en raison de l'extrême faiblesse de la malade. Dans quelques circonstances, la maladie suit une marche encore plus lente que dans l'observation précédente, et se termine de la même manière.

Ainsi, la péritonite puerpérale peut se terminer par *résolution*, par *suppuration* ou épanchement de matière séro-purulente, et par *gangrène;* ou bien encore elle peut passer à *l'état chronique.*

La *résolution* a lieu ordinairement du cinquième au dixième jour.

Elle s'annonce par un changement favorable dans toute l'organisation de la femme; le pouls, qui était fréquent et serré, devient souple et lent; la malade peut se coucher et se tourner indifféremment sur les côtés, parce que les douleurs abdominales ont diminué, les nausées et les vomissemens ont disparu; le sommeil devient tranquille, les excrétions et les sécrétions se rétablissent. On remarque généralement que lorsque le lait se porte aux seins, les symptômes les plus alarmans peuvent disparaître. C'est alors qu'une sueur abondante et critique peut avoir lieu.

La terminaison par *suppuration* est beaucoup moins rare que la précédente; il est difficile de déterminer d'une manière précise l'époque de la formation du pus. On doit présumer qu'elle aura lieu, lorsqu'après le huitième ou neuvième jour, la malade éprouve un sentiment de pesanteur dans la partie affectée, que la tension et les douleurs abdominales diminuent, que le pouls continue d'être fréquent et présente de la mollesse, lorsque le visage devient plus pâle et les extrémités froides.

La terminaison par *gangrène*, qui est déterminée par la violence de l'inflammation, se marque par un froid qui succède à une chaleur intense, par la cessation brusque de la douleur, un pouls faible et intermittent, l'affaissement des traits de la face, et enfin, par une mort prompte.

Lorsqu'après vingt, trente et quelquefois quarante jours et plus, la maladie n'a point éprouvé l'une de ces trois terminaisons, elle passe à l'état chronique. On le reconnaît aux caractères suivans : les symptômes diminuent peu à peu, et prennent un caractère plus doux; le pouls reste toujours fébrile; la femme, quoique conservant une sensibilité douloureuse, éprouve des intervalles de calme qui la trompent sur son état, lequel se termine souvent par le marasme.

Prognostic.

Tous les auteurs s'accordent généralement à l'égard du prognostic fâcheux qu'il faut porter sur les suites de la péritonite puerpérale. *Willis* a exprimé cette sentence médicale en disant : *Febres acutæ puerperarum in mortem ut plurimum cedunt.* (*De febrib puerp.*) Pujos et la plupart des médecins qui se sont occupés de la médecine des femmes, ont professé la même opinion.

Envisagé d'une manière générale, le prognostic doit varier en raison de la nuance, de l'invasion, de l'étendue de cette maladie, du moment où on agit pour la combattre, et des moyens qu'on emploie pour y parvenir. Il est d'autant moins mauvais que la maladie est attaquée de bonne heure et par des moyens convenables. En effet, si à une péritonite très-aigüe on oppose de bonne heure et avec vigueur les moyens antiphlogistiques, on l'enlève fréquemment (j'en ai fourni des exemples). La limite de ce temps favorable est souvent bien courte, car vingt-quatre heures après l'invasion, ces moyens peuvent ne plus donner le même résultat.

Si l'inflammation a envahi le péritoine tout entier, elle présente moins de chances de salut que si elle n'est que partielle.

Elle est encore d'autant plus dangereuse qu'elle est plus aigüe; que l'abdomen est plus douloureux, plus dur, plus tendu, plus météorisé; que les vomissemens sont plus fréquens. La cessation subite des douleurs, la petitesse, la concentration, l'intermittence du pouls; la pâleur, l'altération des traits de la face, le froid des extrémités, la chute rapide des forces, doivent être considérés comme des signes funestes. Le prognostic doit être favorable, si les douleurs abdominales diminuent, si les malades peuvent se tourner indifféremment sur l'un ou sur l'autre côté, le ventre devenant souple; si le pouls devient plus régulier, plus développé et moins fréquent; si les sécrétions et les excrétions se rétablissent; si la femme reprend du sommeil.

Le prognostic sera très-fâcheux, si la péritonite se trouve compli-

quée de l'inflammation de quelques parties du canal digestif ou de la poitrine, comme cela arrive souvent, surtout aux intestins. Il sera encore grave dans le cas de complication avec une éruption miliaire, qui est rarement critique, et que j'ai vue mortelle, ou dans le temps de quelque épidémie régnante.

État pathologique du péritoine après la mort.

Après une péritonite très-aiguë, une malade peut mourir en trois ou quatre jours ; on l'ouvre alors, et au lieu des grands désordres que l'on croyait découvrir, on trouve le péritoine à son état naturel, si ce n'est que les vaisseaux paraissent un peu plus injectés que de coutume. On pourrait croire qu'il n'y a point eu de péritonite.

Bichat, par l'examen attentif des phénomènes morbides, et par des rapprochemens ingénieux de ces faits, a démontré cette belle loi pathologique, qu'il ne fallait pas toujours juger de l'état des parties après la mort, par ce qu'elles étaient pendant la vie. « En effet, dit cet homme célèbre, il ne faut pas juger de la quantité de sang qui pénétrait le péritoine ou la plèvre par celle que l'on observe vingt-quatre heures après la mort. L'irritation locale était la cause permanente qui fixait le sang dans les parties; cette cause ayant cessé, il s'en échappe. Une membrane séreuse peut avoir été enflammée pendant la vie, et présenter presque son état naturel après la mort. C'est comme dans l'érysipèle. J'aurais été tenté souvent de prononcer, d'après l'ouverture des cadavres, la non-existence d'une affection qui avait été réelle. La même remarque s'applique au tissu cellulaire, aux surfaces muqueuses enflammées. Voyez ce sujet mort d'une angine qui, pendant la vie, avait donné la teinte rouge la plus prononcée aux piliers du voile du palais et à tout le pharynx ; eh bien, après la mort, les parties ont repris leur couleur naturelle. »

Bichat fait observer plus bas, qu'il faut distinguer les affections aiguës des affections chroniques, parce que ces dernières conservent

toujours après la mort la teinte rouge qu'elles occasionnent pendant la vie.

Mais il est des désordres bien appréciables, et la péritonite puerpérale en offre autant et plus qu'aucune autre maladie. Une péritonite intense peut guérir par résolution ; dans ce cas, il s'établit des adhérences entre les intestins qui s'agglomèrent, entre les intestins et l'épiploon, entre la portion épiploïque du péritoine et celle qui tapisse les parties postérieures des parois du ventre. Une exsudation graniforme unit toutes les parties. D'autres fois, ces adhérences plus ou mois fortes, sont formées par de fausses membranes blanches et élastiques.

Lorsque l'inflammation a persisté, elle donne souvent alors des produits qui constituent ces épanchemens. Tantôt c'est une simple exsudation albumineuse, uniforme ou granulée ; tantôt c'est une sérosité claire ou trouble, avec ou sans sédiment albumineux. C'est cette sérosité, qui paraît lactescente, et qui se forme en même temps que la suppression du lait, qui a fait croire que ce n'était autre chose que du lait épanché dans la cavité du péritoine.

Quelquefois la collection est sanguinolente ; c'est une variété que M. *Broussais* a appelée *péritonite hémorrhagique*.

La surface exhalante du péritoine peut être vue rouge, sèche, et par conséquent sans épanchement, surtout si la mort a été rapide ; le tissu cellulaire sous-séreux se trouve gonflé et presque phlegmoneux ; c'est cette disposition qui favorise beaucoup les adhérences immédiates des feuillets du péritoine.

Dans un degré plus avancé, outre la rougeur, la séreuse péritonéale présente des plaques brunes, épaisses, sans épanchement ou avec des collections variables en couleur et en consistance. Lactiformes, caséeux, purulens, floconneux, rougeâtres, blanchâtres, noirâtres, les épanchemens présentent une infinité de variétés. On remarque encore de petites granulations ou de petits flocons qui accolent les viscères entr'eux ; enfin, une boue noirâtre, sangui-

nolente, adhère quelquefois à la surface interne, ordinairement parsemée de larges plaques noires, effets du sang extravasé dans les aréoles du péritoine.

En poursuivant l'examen des résultats pathologiques de son inflammation, on le voit épaissi, beaucoup plus coloré, transformé en une surface ulcéreuse, fournissant du véritable pus.

Arrivé au dernier degré de la péritonite, on découvre des désorganisations épouvantables : la gangrène a tout détruit; ses traces se remarquent dans tous les points du péritoine, qui, devenu friable, se déchire avec la plus grande facilité; les intestins eux-mêmes se trouvent perforés, et ce qu'ils contenaient y est épanché.

Voilà les désordres que produit la péritonite puerpérale; il en est peu auxquels le médecin puisse remédier, tandis qu'il peut souvent les prévenir tous, par un traitement assez promptement administré.

Traitement.

Si toutes le précautions étaient sagement prises, le régime convenable sévèrement gardé, beaucoup moins de nouvelles accouchées seraient atteintes de péritonite puerpérale; mais une fois l'existence de cette maladie bien constatée, le médecin ne doit pas perdre un instant, et employer un traitement actif.

Il faut placer la saignée en première ligne des moyens à employer : la saignée générale l'a été long-temps exclusivement; les médecins *Hulme* et *Delaroche* l'ont beaucoup préconisée. Mais il est de remarque que la saignée, qui est très-efficace dans les inflammations parenchymateuses, l'est moins dans les séreuses; cependant, on ne peut disconvenir qu'elle ne soit utile chez une femme robuste, phlétorique, qui a le pouls plein, dur et accéléré, et dont la chaleur et les douleurs de ventre sont très-vives. La petitesse et la concentration du pouls ne sont point toujours un obstacle à son emploi, puisqu'on voit tous les jours une saignée rappeler l'action du cœur que la violence

de la douleur avait enchaînée. Hors ces cas, la saignée générale n'est plus indiquée, et peut même devenir nuisible, en raison de la faiblesse déjà produite par le fait de l'accouchement chez certaines femmes cacochymes.

Les saignées locales par les sangsues, comptent infiniment plus de succès ; elles sont moins débilitantes ; leur effet se passe plus près du lieu où l'on veut agir ; il est d'ailleurs reconnu qu'elles conviennent mieux dans les phlegmasies des tissus membraneux. Leur succès est d'autant plus certain, qu'on saisit le mal à son origine, en les appliquant le plus près possible de cet endroit. Certains praticiens, fondés sur le nombre des anastomoses des vaisseaux du péritoine avec les ramifications utérines et hémorrhoïdales, et sur les rapports sympathiques très-étroits de cette membrane séreuse avec le sein, l'utérus et le rectum, relativement à ceux des tégumens du bas-ventre, préfèrent appliquer les sangsues aux mamelles, aux parties génitales, à l'anus, lorsqu'il y a suppression du lait, des lochies, ou du flux hémorrhoïdal ; mais on est bien plus certain d'arrêter l'inflammation en les appliquant sur le ventre.

Il n'est pas besoin de dire qu'à défaut de sangsues, on pourrait employer les ventouses scarifiées ; mais elles seraient beaucoup moins efficaces, en raison des douleurs qu'elles occasionneraient. Pour avoir du succès, ces moyens doivent être employés dans la période d'invasion ou d'acuité.

La seconde indication à remplir pour diminuer l'irritation vasculaire du péritoine, est de mettre sur l'abdomen des topiques émolliens. Ils agissent en attirant le sang des piqûres, et soulagent par leur propriété émolliente.

Les bains chauds doivent être employés dans le même but. J'en ai plusieurs fois obtenu de bons effets. D'ailleurs, cela se remarque bien dans le cas d'inflammation du péritoine, par suite de l'opération de la taille. Il faut, toutefois, avoir l'attention qu'ils ne soient pas pris trop chauds, car j'en ai vu produire seuls la péritonite.

Lors que la maladie est très-aiguë, et par conséquent franchement inflammatoire, ce qui arrive le plus souvent, il faut avouer que les premiers moyens curatifs que je viens d'indiquer, forment à eux seuls la base du traitement, et réussissent souvent lorsqu'ils sont bien employés. Devant eux, douleur, chaleur, fièvre, tout disparaissait promptement.

Mais il est des cas où la péritonite puerpérale est loin d'avoir l'invasion et la marche aiguë qui nécessitent le traitement antiphlogistique : c'est alors que les vomitifs peuvent être employés avec succès dès le début de la maladie.

Doublet et *Doulcet* en avaient fait un spécifique, et il faut bien qu'ils en aient obtenu beaucoup de succès, puisque cela donna lieu à une délibération des administrateurs de l'Hôtel-Dieu de Paris, délibération remplie d'expressions flatteuses, garant de leur sensibilité pour l'importance de pareils succès.

Ils employaient de préférence l'ipécacuanha, en raison de sa qualité tonique et astringente. Je pense que lorsqu'on n'a pas à craindre l'inflammation du tube digestif, l'émétique est préférable, parce qu'il est moins sujet à manquer son action.

C'est à bien distinguer le cas où ces différens moyens peuvent être employés, que le médecin doit apporter toute la circonspection et la sagacité dont il est capable.

Dans la première circonstance, le vomitif est nuisible, parce qu'il trouble brusquement l'immobilité des viscères, si utile pour épargner de nouvelles souffrances au malade; parce que les divers frottemens, tiraillemens ou secousses communiqués aux viscères, ne peuvent qu'accroître l'inflammation péritonéale; parce qu'il peut amener l'irritation de la muqueuse intestinale, ce qui est toujours une complication extrêmement fâcheuse. Dans le second cas, l'impression du vomitif sur l'estomac est un des moyens d'excitation qui tendent à mettre en jeu le principe de la chaleur, à porter, à répandre et à distribuer uniformément les forces et les mouvemens sur tous les points

de la masse du corps. Il tend à provoquer la sueur et à opérer une révulsion puissante. On emploie encore quelquefois ce moyen avec succès lorsque, malgré le traitement antiphlogistique et la rémission des symptômes inflammatoires, l'inflammation péritonéale paraît ne devoir pas se terminer par résolution, mais qu'au contraire, elle menace d'un épanchement prochain.

On voit qu'il faut une grande exactitude dans le diagnostic et une juste apprécation de l'instant où l'on doit agir, et de la manière dont il faut le faire. Le tableau suivant établira, en peu de mots, la distinction des cas où il faut employer les saignées, de ceux où les vomitifs sont nécessaires.

On doit recourir au premier traitement, dans le cas où, dès le début de la maladie, il y a frisson violent, fièvre aiguë, pouls dur, serré, fréquent; ténesme presque continuel, constipation; ventre très-douloureux, tendu, rénitant au toucher; lochies diminuées ou supprimées; teint animé; yeux étincelans.

On doit recourir au vomitif, dans le cas où la malade a des frissons vagues ou qui manquent quelquefois, peu de fièvre; le pouls faible, contracté, accéléré; diarrhée fétide et abondante; ventre douloureux, météorisé, conservant encore quelque souplesse; des lochies fétides et bien soutenues; le visage décoloré, les lèvres pâles, les yeux éteints, la langue jaune et humide. D'un côté, le traitement de l'inflammation, poussé trop loin, peut jeter la malade dans un affaiblissement extrême et une convalescence très-longue; de l'autre, l'inflammation négligée, peut déterminer la gangrène.

On conseille, dans quelques circonstances, l'usage des calmans, et même des narcotiques; mais il faut encore une grande circonspection dans l'emploi de ces moyens; car si d'un côté, ils calment des douleurs quelquefois intolérables, ils peuvent aussi favoriser la gangrène.

On doit seconder l'effet de ces premiers moyens par une diète sévère, ne donner que des boissons adoucissantes, telles que l'eau d'orge, de gruau, de riz, le petit-lait; parfois acidules, telles que le

sirop de groseilles délayé avec de l'eau, l'orangeade, la limonade, l'eau de veau ou de poulet ; quelquefois de légers diaphorétiques, tels que l'infusion de tilleul, de sureau. On doit recommander le repos le plus absolu ; éviter que les couvertures ne pèsent sur le ventre trop douloureux de la malade ; la placer dans un endroit aéré, ni trop chaud ni trop froid ; on doit enfin chercher à lui procurer la tranquillité morale.

Les lavemens devront quelquefois être mis en usage, mais avec beaucoup de ménagement, car ils peuvent distendre douloureusement l'intestin : alors on les fait administrer par demi ou par quart. On peut les rendre calmans, lorsque cela devient nécessaire.

On a eu quelquefois recours aux fomentations froides, et même à l'application de la glace sur le ventre, dans le cas où la chaleur de cette partie n'a cédé à aucun moyen, et où la congestion paraissait imminente ; mais c'est un moyen peu sûr.

Dans cette période aiguë de la maladie, on doit entièrement s'abstenir des purgatifs, malgré l'exemple contraire donné par certains médecins anglais et allemands. En excitant la membrane muqueuse, intestinale, on risque d'augmenter en même temps l'inflammation péritonéale. Ce moyen est contr'indiqué, tant que le péritoine est enflammé. *Baglivi* a dit : *purgantia puerperis tamquam pestis sunt fugienda.*

Lorsque les douleurs, d'aiguës qu'elles étaient, deviennent obtuses, et que la période inflammatoire n'est plus aussi vive, sans qu'on soit en droit d'attendre une prompte résolution, c'est alors le cas de recourir aux dérivatifs, dans la cure de la péritonite puerpérale. Ainsi on opérera la succion des mamelles, et on y appliquera des ventouses pour établir la sécrétion du lait. On placera des vésicatoires, des rubéfians aux cuisses et aux jambes. Par ce moyen, on cherche à produire, sur ces parties qui sympathisent avec l'organe malade, une irritation, une fluxion dérivatives, capables de déplacer celle de

l'intérieur. C'est pour le même objet qu'on applique des vésicatoires sur les parois de l'abdomen lui-même, surtout lorsque la maladie a une tendance à la chronicité.

Quoique j'aie dit que les fomentations froides et la glace étaient des moyens peu sûrs, les journaux de médecine citent cependant des exemples de guérison de la péritonite puerpérale par cet agent là, employé à l'intérieur et à l'extérieur. Le docteur *Jagielki*, de Posen, en a donné trois observations. Enfin M. *Velpeau* a proposé de revenir aux frictions mercurielles sur l'abdomen, comme moyen unique de guérir la péritonite puerpérale, à l'exclusion même des saignées générales et locales; mais on ne peut pas regarder les observtions qu'il cite comme concluantes en faveur de son système, puisque les sujets de ces observations ont subi en même temps un autre traitement, et que la plupart sont morts.

Quoi qu'il en soit, quelques médecins anglais prétendent employer ce traitement avec succès. Chez nous, M. *Chaussier*, à la Maternité, M. *Guersent* à l'hôpital des Enfans, ont eu recours à ce moyen dans quelques cas désespérés, et ont réussi, toutefois après l'emploi des évacuations sanguines et autres moyens généraux. Cette médication peut activer l'absorption et contribuer à dissiper les épanchemens séreux qui font suite à la péritonite puerpérale.

Dans ce cas, il faudra ajouter au traitement externe, des boissons diurétiques et apéritives plus ou moins énergiques, aussitôt que l'abdomen ne sera plus douloureux; on passera aux sudorifiques et même aux toniques; on administrera, par exemple, des infusions de bourrache, de cerfeuil, de sureau; des décoctions d'asperges, de petit-houx, de bois sudorifiques; la scille et même la teinture de cantharides pourront être mises à contribution. C'est aussi le cas de recourir aux purgatifs, qui procurent alors une dérivation salutaire par les selles.

Lorsque la maladie devient chronique, elle peut exiger la continuation des topiques émolliens sur quelque point douloureux du ventre. On peut même se retrouver dans la nécessité d'avoir encore recours aux sangsues et aux vésicatoires.

Lorsqu'elle s'est terminée par épanchement, il est possible que cet épanchement se fasse jour à travers les parois du ventre, ou qu'il donne lieu à divers abcès qu'on peut se trouver dans la nécessité d'ouvrir. On possède plusieurs exemples de guérisons obtenues de la sorte. On peut encore se trouver dans le cas de faire, par suite de la même terminaison, l'opération de la paracenthèse. La péritonite puerpérale peut, de plus, donner lieu à une hydropisie secondaire qui réclame le même moyen, ainsi que le traitement propre aux hydropisies symptomatiques.

Elle peut enfin se compliquer, comme toutes les maladies, d'affections générales ou particulières, qui exigent un traitement différent. On ne peut donc pas la traiter toujours d'une manière uniforme.

Il ne faut pas perdre de vue, la nature des rapports des élémens qui la composent. Ces rapports peuvent varier singulièrement, et faire que ce qui aurait convenu à une époque de la maladie, devienne inutile ou dangereux dans une autre.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Jam verò hypochondrium esse decet molle, doloris expers, æquale; contrà æstuans, aut inæqualiter constitutum, aut etiam dolore affectum, morbi est non mansueti. *Coac.*, *lib.* 2, 291.

II.

Ac verò tumor in hypochondriis durus quidem ac dolorificus, pessimus est, si sic ab omnibus partibus, eorum verò qui sunt unius partis, periculi minus habet qui è sinistris assurgit. *Ibid.* 292

III.

Verum tumores ejusmodi, per initia quidem nati, mortem in propinquo esse denuntiant: sin autem vigesimum superent, manente febre, in suppurationem vertuntur. *Ibid.* 293.

IV.

Si in ventrem sanguis effusus fuerit præter naturam, necesse est suppurari. *Sect.* 6, *aph.* 20.

V.

Si cui ad lateris dolorem accesserit suffocatio, purulentus efficitur. *Coac.*, *lib.* 19.

VI.

Quibuscumque tormina, partiumque circumcirca umbilicum labores, imoque lumborum dolor, qui neque à pharmaciâ, neque aliter evolvitur, in hydropem siccum sinitur. *Ibid.*, *liv.* 2, 324.